

DE L'INTERVENTION SACRÉE
DANS LE TRAITEMENT DES
COLLECTIONS PURULENTES
DU PETIT BASSIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Mardi 26 Novembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre DAIREAUX

Né à Coutances (Manche), le 8 avril 1872

Elève de l'Ecole du service de Santé Militaire



LYON

IMPRIMERIE DE A.-H. STORCK

78, Rue de l'Hôtel-de-Ville, 78

1895

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

témoignage de piété filiale

A MON FRÈRE EMMANUEL

Elève de l'Ecole du Service de santé militaire

A MA SŒUR HÉLÈNE

A MES PARENTS ET AMIS

AUX FAMILLES PAUL DAIREAUX ET DELAUNE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le professeur POLLOSSON

A M. LE MÉDECIN MAJOR SIEUR

répétiteur à l'Ecole du Service de santé militaire

DE L'INTERVENTION SACRÉE
DANS LE TRAITEMENT DES
COLLECTIONS PURULENTES
DU PETIT BASSIN

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le Mercredi 26 Novembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre DAIREAUX

Né à Coutances (Manche), le 8 avril 1872

Elève de l'Ecole du service de Santé Militaire



LYON

IMPRIMERIE DE A.-H. STORCK

78, Rue de l'Hôtel-de-Ville, 78

1895

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LÉPINE. ASSESSEUR.

Professeurs honoraires

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE

Professeurs

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements	FOCHIER.
Clinique ophthalmologique	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique.	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	TEISSIER.
Pathologie externe	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique	TRIPPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (Maurice).
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	BARD.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

Professeur adjoint

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE.

Chargés de cours complémentaires

Clinique des maladies des Enfants	MM. WEILL.	agrégé.
Accouchements	POLLOSSON (Aug.),	—
Botanique	BEAUVISAGE,	—

Agrégés

MM. BEAUVISAGE	MM. POLLOSSON (A.)	MM. BOYER	MM. BARRAL
CONDAMIN	ROCHET	CURTILLET	MOREAU
COURMONT	ROLLET	VALLAS	
DEVIC	ROQUE	SIRAUD	
DIDELOT	ROUX	DURAND	
GANGOLPHE	COLLET	DOYON	

M. JETIEVANT, Secrétaire,

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. POLLOSSON *Président*; M. AUGAGNEUR, *Assesseur*; MM. ROLLET et SIRAUD, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises, dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

PRÉFACE

On pourra s'étonner de ne pas voir une seule fois le mot de Salpingite dans une étude consacrée au traitement des suppurations pelviennes, le rôle attribué maintenant aux trompes dans la production des collections purulentes enkystées du bassin étant prépondérant.

C'est que nous n'avons pas eu d'autre but que l'étude des avantages de la voie sacrée pour aborder les abcès de la cavité pelvienne, quels qu'ils soient. Nous n'avons pas à distinguer différentes variétés de pus suivant que ce dernier provient de tel ou tel organe. Nous n'avons même pas à rechercher si l'abcès siège dans le péritoine ou le tissu cellulaire pelvien. Le problème, dans tous les cas, reste pour nous le même : aborder une poche de pus enclavée dans le petit bassin.

Dans un premier chapitre nous établissons combien ces foyers sont difficiles à découvrir, à désinfecter, à drainer.

Dans notre second chapitre, nous montrons que, parmi les méthodes autres que la méthode sacrée, aucune ne peut, d'une

façon générale et absolue, remédier à cette difficulté.

Nous établissons, ensuite, dans notre chapitre III, que, par contre, les procédés sacrés présentent cet avantage.

Enfin, nous trouvons, parmi cette catégorie de procédés, un mode opératoire qui, avec tous les avantages de la méthode sacrée, ne mérite aucun des reproches qu'on a pu lui faire: c'est le procédé de Morestin.

Nous fixons, en terminant, les cas où le drainage sacré nous semble être particulièrement indiqué.

Nous n'avons pu appuyer notre argumentation sur des comparaisons statistiques pour plusieurs raisons. Nous n'avons pu trouver, dans la science, qu'un très petit nombre d'interventions sacrées pour abcès et les statistiques que nous avons trouvées concernant les autres méthodes ne semblent pas comparables entre elles.

Nous n'avons pas non plus parlé de l'hystérectomie vaginale comme moyen de drainage pelvien. Cette intervention récente étant encore très discutée, il est difficile de se rendre un compte exact de sa valeur. Elle semble d'ailleurs convenir à des cas très particuliers (suppurations diffuses du tissu cellulaire pelvien ayant transformé ce dernier en une véritable éponge purulente). De l'aveu même des auteurs cette méthode ne doit être employée que dans les cas où la chirurgie actuelle pratique l'ablation des annexes. C'est donc avec cette dernière opération qu'elle doit être comparée (Segond. — Rev. Chir., 10 avril 1891, p. 350).

Avant d'aborder cette étude qu'il nous soit permis d'offrir l'assurance de notre vive gratitude à nos maîtres des hôpitaux civils et militaires qui, en nous présentant les études médi-

cales sous un jour plein d'attraits, en nous en faisant comprendre la haute portée, ont su nous faire aimer la médecine à la fois comme science et comme art.

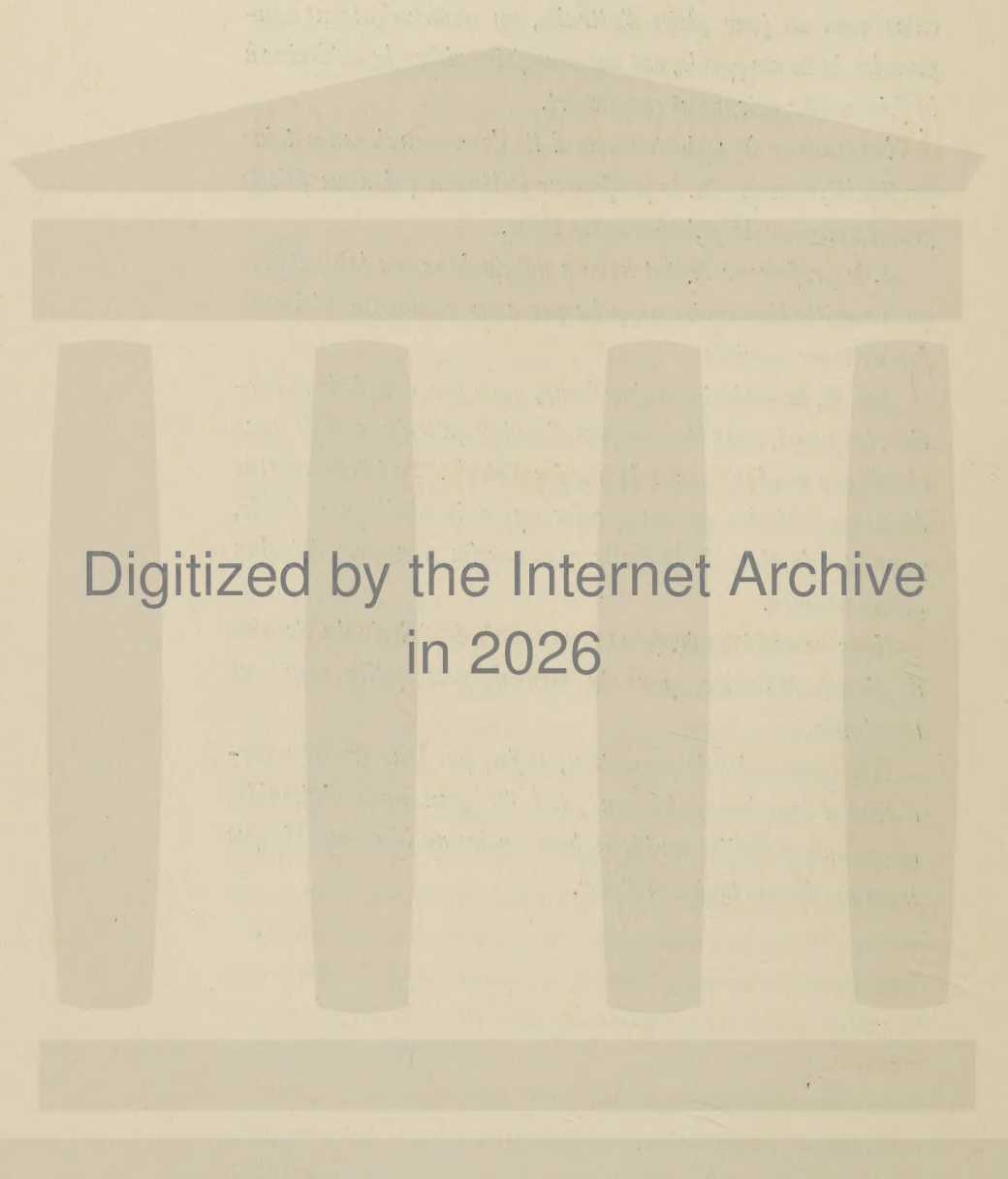
Nous avons à acquitter une dette de reconnaissance toute particulière envers M. le professeur Pollosson qui nous fait le grand honneur de présider notre thèse.

M. le professeur Testut nous a admis dans son laboratoire; qu'il veuille bien croire au prix que nous avons attaché à cette faveur toute spéciale.

Que M. le médecin-major Sieur, nous permette de le remercier, lui aussi, pour les marques d'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant nos trois années d'Ecole. C'est l'observation de deux malades de son service qui a inspiré cette étude, pour la rédaction de laquelle ses conseils nous ont été d'un grand secours.

Nous remercions également nos chefs de l'Ecole du Service de Santé Militaire, pour la bienveillance qu'ils nous ont témoignée.

Nos camarades de promotion, enfin, par leur franche cordialité et leur bonne humeur, ont été pour nous d'aimables compagnons. Qu'ils veuillent bien croire au bon souvenir que nous garderons toujours d'eux.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545906_0056

DE L'INTERVENTION SACRÉE

DANS LE TRAITEMENT DES

Collections purulentes du petit Bassin

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales sur les suppurations pelviennes.

Les suppurations pelviennes peuvent avoir des causes bien différentes. Tantôt c'est une rupture intestinale, tantôt c'est un appendice malade plongeant dans le petit bassin, le plus souvent une infection d'ordre général qui font suppurer le péritoine pelvien. Tantôt la prostate ou l'utérus et les annexes infectent le tissu cellulaire, directement dans le premier cas, par les voies lymphatiques dans le second.

Nous suivrons, dans l'exposé des lésions produites par les suppurations pelviennes, la division que l'étiologie nous indique. Nous étudierons les suppu-

rations du péritoine, les suppurations du tissu cellulaire.

Les premières qui, chez la femme, lorsqu'il s'agit d'une infection génitale, débutent toujours par le cul-de-sac de Douglas, s'enkystent dans des adhérences péritonéales affectant des dispositions très diverses et souvent très complexes. Entre les cas très simples où le Douglas est transformé en une cavité close, complètement indépendante du péritoine (abcès rétro-utérin) et ceux dans lesquels on trouve un abcès en fer à cheval plongeant profondément dans le bas fond pelvien par une de ses branches verticales, comme cela existait chez un malade de Froelisch (Merc. Méd. 13 mars 1895), on trouve tous les intermédiaires. Très souvent on aura, au milieu d'un fouillis d'adhérences, des cavités anfractueuses avec des prolongements dans différents sens. Quelquefois, surtout lorsque le péritoine aura été le siège d'inflammations antérieures, on trouvera une série de poches purulentes séparées par des anses intestinales agglutinées. On pourra même, comme le fait est arrivé à Quénu (v. Delbet), trouver des poches contenant de la sérosité autour d'une cavité purulente. Enfin ces collections s'ouvriront souvent dans le vagin et le rectum comme les phlegmons du tissu cellulaire.

Ceux-ci peuvent affecter deux formes différentes. Tantôt on trouve une vaste cavité facile à vider et à nettoyer par un seul orifice. C'est le cas des gros phlegmons des ligaments larges qui ont envahi la fosse iliaque en soulevant le péritoine.

— Tantôt au contraire, on trouve des abcès multiloculaires présentant des diverticules où le pus peut échapper à l'action du drainage. C'est là le principal danger des phlegmons de la gaine hypogastrique où la suppuration se fait par foyers au milieu des branches vasculo-nerveuses.

Mais le principal danger de ces phlegmons réside dans les fusées purulentes qu'ils envoient en dehors du bassin ; par l'échancrure sciatique ces dernières pénètrent dans la fesse où elles donnent lieu à de vastes décollements gangréneux ; en suivant le ligament rond, elles apparaissent à l'aîne ; en refoulant le péritoine, elles arrivent à l'hypogastre ; en perforant l'aponévrose périnéale supérieure et le releveur de l'anus elles viennent se mettre en rapport avec le périnée, s'ouvrir même au voisinage de l'anus.

Le plus souvent elles parviennent à se vider dans le rectum ou le vagin, fréquemment même dans les deux organes à la fois. Et alors, il est inutile d'insister sur la gravité de ces suppurations chroniques se réveillant de temps en temps pour passer à l'état aigu. La poche suppurante est irrégulière, anfractueuse, sans autre voie d'écoulement que des fistules ouvertes dans des cavités infectées par des milliers de germes pathogènes. A ce point de vue les foyers communiquant avec le rectum auront, en raison de l'infection stercorale, une gravité particulière.— Il en résulte que les malades seront soumis aux conséquences fatales de la rétention purulente. Ils mourront lentement par septicémie, tuberculose, dégénérescence amyloïde des viscéres, ou rapidement

quand ils se trouveront aux prises avec une affection aïgue surajoutée. Même quand leur état général restera satisfaisant ils resteront soumis à tous les inconvénients de répugnantes infirmités.

Cette ouverture si fréquente des foyers suppurés du petit bassin dans le vagin et le rectum, les fusées purulentes qu'ils envoient hors du bassin, leur irrégularité et leur multiplicité sont des accidents de haute gravité. Aussi le chirurgien sera-t-il souvent mis en demeure pour remédier à tous ces dangers, pour éviter fusées et fistules, d'ouvrir largement, d'explorer, nettoyer les surfaces suppurantes et d'assurer surtout l'écoulement du pus.

Nous allons chercher, dans les chapitres suivants, quel est le meilleur procédé à employer pour arriver à ce résultat.

CHAPITRE II

Des différentes méthodes pour aborder et drainer les suppurations du petit bassin.

Les considérations précédentes, en même temps qu'elles nous édifient sur la gravité de certaines formes de suppurations pelviennes nous montrent, par l'exposé anatomo-pathologique des lésions, combien elles sont difficiles à atteindre et surtout à désinfecter et drainer. Cette difficulté est telle que Pozzi a pu dire (*Bulletin Soc. Chirurgie, t. XII p. 294*) que la chirurgie abdominale est souvent désarmée contre elles.

On a cependant essayé de les aborder par toutes les voies d'accès possibles et, pour cela, on n'avait du reste le plus souvent qu'à suivre les indications de la nature, et à passer par où le pus avait naturellement tendance à se faire jour. Voyons quel est la meilleure de ces voies d'accès.

Nous distinguerons d'abord, avec Delbet, les abcès

directement abordables par une simple incision des abcès non directement abordables : « qui ne sont en contact immédiat avec aucune des parois de l'enceinte pelvienne et qui, par suite, ne peuvent être incisés qu'au moyen d'une opération préalable. »

Il est certain que, dans le premier cas, il est tout indiqué d'inciser où le pus se montre, à moins que ce ne soit dans le rectum. Mais il faut admettre, avec Pozzi, que les cas où cette indication se présentera nettement seront assez rares. Faisons exception pour les abcès rétro-utérins à poche bien régulière que la méthode du Professeur Laroyenne permet souvent de bien vider et de guérir, et reconnaissons que, dans tous les autres cas, on ne pourra, le plus souvent, avoir la guérison d'un seul coup de bistouri. — Le pus, en effet, en raison de la complexité d'organisation de la poche ne parviendra pas à s'évacuer complètement et stagnera dans des anfractuosités continuant à suppurer pour leur propre compte. Ce fait peut se produire avec l'incision vaginale. C'est là encore ce qui arrivera lorsque le pus se présentant à l'abdomen et dans le Douglas, on incise des deux côtés, on fait le drainage abdomino-vaginal. A plus forte raison cela se produit-il quand on incise l'abcès à la fesse.

La poche fessière ne communiquant avec le foyer pelvien que par un étroit canal traversant l'échancre sciatique, la première se videra bien mais la collection profonde ne pourra le faire. Les incisions inguinale et périnéale présentent les mêmes désavantages et cela n'a rien d'étonnant puisque le pus,

pour arriver en ces différents points, a dû passer à travers des orifices absolument inextensibles, aponevrotiques comme le canal inguinal, ostéo-fibreux comme l'échancrure sciatique, ou des boutonnières musculaires étroites.

Aussi l'incision présente-t-elle l'inconvénient de mettre ces foyers anfractueux en communication avec l'extérieur sans présenter les avantages que doit offrir toute ouverture d'abcès, c'est-à-dire de permettre un nettoyage sérieux et d'assurer le libre écoulement du pus en tous les points de la cavité. De là la nécessité d'intervenir plus tard d'une façon radicale et de mettre au jour tous les diverticules de la poche pour les désinfecter et les drainer.

Plaçons-nous donc à ce point de vue, d'une collection purulente pelvienne, du péritoine ou du tissu cellulaire (peu nous importe) (1), ouverte dans le vagin, dans le rectum ou ayant envoyé des prolongements hors du bassin. Quelle voie suivrons-nous pour la vider et la drainer complètement?

Nous mettons d'abord hors de cause les cas dans lesquels existe seulement un prolongement fessier. On a alors affaire à ces phlegmons de la gaine hypogastrique dus à la suppuration des ganglions de la région ischio-sacrée auxquels aboutissent les lymphatiques du col utérin (Testut).

En raison de la situation du foyer de rétention il est indiqué de faire communiquer largement les deux poches par une incision para-sacrée. Nous étu-

(1) Voir Introduction.

dierons, au ch. IV, quel sera alors le procédé de choix.

En ce qui concerne les autres foyers on se trouve en réalité dans le cas de collections qui ont besoin d'être recherchées par une opération préalable. Les voies d'accès seront les mêmes; aussi ne diviserons-nous pas la question. Nous discuterons la valeur de ces différentes voies, à propos de cette seconde catégorie d'abcès.

Cette dernière comprend, d'après Delbet, entre autres cas;

1^o Les phlegmons latéro-pelviens ou adéno-phlegmons accolés à la paroi latérale du petit bassin au niveau de l'échancrure sciatique et restant loin du vagin et de la paroi abdominale.

2^o Certaines formes de pelvi-péritonites péri-salpingiennes.

Au point de vue clinique ce sont ces cas où l'on trouve une collection profonde en dedans de l'excavation pelvienne non en rapport avec les cul-de-sacs vaginaux, ou bien, si la collection occupe le Douglas, ces cas où il est impossible de déterminer par le toucher un point fluctuant ou seulement dépressible dans la masse dure d'inflammation plastique qui immobilise l'utérus et efface les culs de sac.

Nous disposons, pour pénétrer le petit bassin:

1^o D'une voie naturelle, la voie vaginale:

2^o De voies artificielles.

A. — *Abdominale*, quand la paroi abdominale sert de paroi à l'abcès.

B. — *Trans-péritonéale*. — Lawson Tait.

C. — *Sous-péritonéale*. — Pozzi.

D. — *Périnéale*.

E. — *Sacrée*.

Etudions chacune d'elles :

1^o *Voie vaginale*. — Elle est, dans ce cas, dangereuse. Comment se résigner à enfoncer aveuglément le trocart dans le cul-de-sac quand l'artère vaginale et l'uretère peuvent être refoulés en dedans par le pus, ou bien à entreprendre au fond d'un conduit étroit comme le vagin une incision de recherche. Enfin, en admettant que ces abcès puissent être facilement atteints par le vagin on ne peut les drainer que très difficilement parce que l'incision se rétracte très vite, parce que les parois vaginales, très musculeuses étranglent le drain ou l'expulsent.

Voie abdominale. — Quand la collection purulente vient en contact de la paroi abdominale, cette voie pourra présenter des avantages. — Nous croyons que ces avantages n'existent que lorsqu'on se trouve en présence d'une cavité spacieuse et régulière, comme dans les gros phlegmons du ligament large avec envahissement de la fosse iliaque, ou bien lorsque, avec une poche moins facile à vider, le pus a peu de tendance à se reproduire comme dans les foyers ayant pour origine un appendice plongeant non perforé. Mais cette voie est souvent très difficile à suivre. On peut, par exemple, tomber, une fois la paroi abdominale incisée, sur d'épaisses couches

d'adhérences contenant des paquets d'intestin, ou la vessie remontée. Outre qu'il sera très pénible de se frayer un chemin à travers ces tissus lardacés, on court le risque de perforer les organes englobés dans leur masse ou d'ouvrir la grande cavité abdominale. — Nous donnons ici deux observations d'abcès pelvien appendiculaire où ces difficultés et ces dangers se sont présentés au plus haut degré. Dans notre observation IV, la recherche très laborieuse du pus fut poursuivie pendant une heure et ce n'est qu'après une dissection des plus minutieuses pour éviter d'ouvrir le cœcum, que l'on tomba sur la poche. Dans l'observation III on renonça d'avance à l'incision inguinale pour éviter cette même difficulté et l'on eut recours d'emblée à la voie trans-péritonéale.

On tombera, du reste, souvent sur des abcès à trajet complexe comme celui sur lequel est tombé Frœlisch dans le cas qui a inspiré son article sur le drainage du bassin (*Mercure Médical*, 13 mars 1895). L'abcès en fer à cheval, avait une de ses branches verticales qui plongeait profondément dans le petit bassin. — Quelquefois même le pus aura fusé en arrière du rectum dans la concavité sacrée comme chez une malade de Seuvre (in Delbet). Et alors le drainage, se faisant par la partie supérieure de la collection, ne pourra vider le prolongement pelvien. Ce dernier ne sera complètement évacué que par une contre-ouverture, vaginale chez la femme (drainage abdomino-vaginal), sacrée chez l'homme et même chez la femme quand le cul-de-sac de Douglas

sera oblitéré par une inflammation antérieure.

Nous ne saurions assez insister sur la difficulté d'explorer et de drainer les prolongements de l'arrière fond pelvien. Si, dans notre observation (IV) d'appendicite la voie abdominale a été suivie avec succès, c'est qu'on a eu affaire à du pus ayant peu de tendance à se reproduire comme c'est fréquent dans les appendicites sans perforation. S'il se fût agi d'une de ces suppurations d'origine puerpérale qui tendent à s'éterniser, nous doutons que le succès eût été aussi brillant. Dans le cas de Froelisch auquel nous faisons allusion tout à l'heure, le drainage abdominal a été absolument insuffisant et le malade est mort de résorption purulente.

Voie transpéritonéale. — Lawson Taït n'hésite pas à chercher l'abcès pelvien, à le vider, le désinfecter et le drainer en ouvrant en avant la grande cavité abdominale. Nous donnons deux observations où cette méthode a été employée (Sieur, obs. V; Quénu, obs. VI). Dans le premier cas on put mettre deux drains qui permirent l'écoulement du pus. Mais ce dernier eût pu filer entre les tubes et aller infecter la cavité péritonéale. Dans le cas de Quénu on trouva une série de poches remplies de liquide séreux et ce n'est que par hasard, en cherchant les annexes qu'on tomba sur la cavité purulente plongeant profondément dans le petit bassin, comme dans le cas précédent. Remarquons qu'on eût pu ne pas être aussi heureux, croire que les poches séreuses constituaient toute la lésion et faire une

opération inutile. Mais, fait autrement grave, on court le risque, en se frayant, une voie à travers les adhérences, de détruire la solidité des cloisons de la poche purulente restée ignorée et de recoudre le ventre en laissant à son intérieur un à deux litres de pus prêts à faire irruption dans la grande séreuse. Le drainage est ici encore dangereux pour les mêmes raisons que précédemment : passant par la partie supérieure de la poche, il ne satisfait pas aux lois de l'hydraulique et risque, par cela même, d'être insuffisant.

La voie-transpéritonéale est donc une voie dangereuse, parce qu'on tombe difficilement sur la collection profondément située et qu'en la cherchant on peut la faire fuser dans le péritoine. En outre le drainage peut être une cause d'infection pour ce dernier et, de plus, il est forcément incomplet. Pour mettre le péritoine en sûreté, Lawson Taït recommande bien de marsupialiser la poche. Mais ce perfectionnement n'écarte pas le danger provenant de la difficulté des recherches et ne pourra d'ailleurs être fait qu'avec une poche volumineuse et suffisamment rapprochée de la paroi abdominale antérieure pour être suturée à cette dernière.

Remarquons, en passant, que la voie sacrée nous eut permis ici d'aborder la collection directement et par sa partie la plus déclive, sans toucher aux adhérences et, par conséquent, d'opérer à l'abri de toute crainte.

Voie périnéale. — Elle a des indications particulières : ce sont, par exemple, les abcès de la loge

prostatique qui descendent naturellement vers le périnée. Mais il pourra se faire que, par suite d'une résistance particulière de l'aponévrose de Denonvilliers, le pus ne descende pas et s'accumule dans l'espace pelvi-rectal supérieur et, alors, si on incise par le périnée, il faudra aller très profondément (10 à 12 cent. quelquefois). On manquera de jour chez les sujets gras. Le foyer purulent ne pourra être suffisamment nettoyé, le drainage sera imparfait. C'est là ce que montre, du moins, notre observation VII dans laquelle la périnéotomie a donné un très mauvais résultat.

Voie sous péritonéale. — Pozzi (*Bulletin de la Soc. Chir.*, t. XII, p. 294-1886) qui l'a préconisée le premier, lui reconnaît le grand avantage « d'atteindre assez facilement l'abcès en opérant à ciel ouvert tout en restant en dehors de la cavité abdominale. En décollant le péritoine, on pénètre, par un trajet sous-séreux, dans l'excavation pelvienne ».

Nous objecterons que le péritoine ne se laisse pas facilement décoller dans le voisinage d'un foyer de suppuration. Nous n'en voulons comme preuve que le témoignage de Bouilly à la même séance de la Société de Chirurgie. Il raconte qu'en opérant par cette voie « il tomba sur des tissus indurés, lardacés et qu'il lui fut impossible de rien reconnaître nettement. Ce ne fut que par hasard qu'il tomba sur un trajet à surface bien organisée qui donna une cuillerée de pus » (*Bull. Soc. Ch. Ibid.*)

Puis, dans le cas d'abcès enfermés dans le petit

bassin, on est obligé d'aller creuser profondément un tunnel qui va en se rétrécissant et au fond duquel on voit mal ce qu'on fait.

Le drainage sera encore défectueux puisqu'il se fait de bas en haut, c'est-à-dire contre les lois de la pesanteur ; en raison de la profondeur et de l'étroitesse de notre plaie, nous ne pourrons assurer l'écoulement de tous les diverticules de l'abcès.

Aussi rejetons-nous cette voie d'accès pour les abcès limités au petit bassin, ne la conservant que pour les abcès pelviens ayant envahi la partie profonde de la fosse iliaque sans se mettre en rapport direct avec la paroi abdominale.

Tous les procédés que nous venons de voir sont donc souvent ou dangereux ou insuffisants, quelquefois dangereux et insuffisants à la fois. Ces inconvénients qui se présentent quand il s'agit d'arriver sur le pus et quand il faut l'évacuer, tiennent surtout au peu de jour qu'ils donnent et à ce qu'ils abordent, pour la plupart, la poche par sa partie supérieure.

CHAPITRE III

Avantages de la voie sacrée.

Il nous reste maintenant à parler de la voie de recherche qui, d'après nous, présente le moins d'inconvénients avec le plus d'avantages, de la voie sacrée.

Examinons les avantages. Ce sont :

1^o Aborder la collection pelvienne, largement. Par la résection du sacrum, nous découvrons tout le petit bassin; le cul-de-sac péritonéal postérieur (recto-vaginal, recto-vésical), qui, d'après les recherches récentes de Quénu et Hartmann (Chirurgie du rectum), est au-dessus de la pointe du coccyx, de 8 à 12 millim. quand le rectum et la vessie sont vides, de 6 à 7 centim. quand ces deux organes sont pleins; le tissu cellulaire du petit bassin que l'on peut explorer en tous sens avec le doigt en soulevant le repli péritonéal et en restant, par

conséquent en dehors de la cavité abdominale. Cet avantage est beaucoup plus réel ici que dans le procédé de Pozzi, puisque la voie d'accès est directe et que la collection sera par là même, facile à atteindre et à explorer dans ses moindres prolongements. Le tissu cellulaire prévertébral est sous notre main. La prostate est en face de nous, puisqu'elle se trouve en projection à peu près au même niveau que le coccyx qu'elle dépasse un peu en haut. Vésicules séminales, bas-fond vésical chez l'homme; utérus, trompes, ligaments larges chez la femme, etc., sont mis à découvert. Toutes les parties du petit bassin qui peuvent suppurar sont donc largement mises à nu de cette manière-

2º Nous ne courons aucun risque, au cours de nos manœuvres, d'infecter la grande cavité péritonéale parce que nous pouvons voir ce que nous faisons, parce que nous opérons à l'abri des adhérences qui isolent le foyer pelvien de la cavité péritonéale et auxquelles nous ne touchons pas, fait qui constitue, nous le savons, le grand danger des voies abdominales et trans-péritonéales.

3º Nous arriverons facilement sur le pus en raison de la proximité du cul-de-sac péritonéal. Nous n'aurons pas ici d'épaisses couches d'adhérences à traverser et, par conséquent, pas de surprises tenant à l'existence de celles-ci comme dans le cas de Quénu. Du moment que la cuvette pelvienne contiendra du pus nous serons certains de le trouver d'emblée puisque nous l'abordons par la région où il se forme de préférence (cul-de-sac péritonéal). (Voir Delbet).

Si le pus occupe le tissu cellulaire sous-péritonéal, l'exploration digitale, facile à faire dans tous les sens; nous amènera forcément à rencontrer la poche. Cette rencontre est, nous l'avons vu, bien plus difficile par la voie sous-péritonéale à cause de l'infiltration inflammatoire.

4^e Nous disposons ici d'un excellent drainage. Le drain passe dans la partie la plus déclive du bassin: Il plonge directement dans la cavité pelvienne sans subir de courbures facilitant l'arrêt du pus (comme dans la voie abdominale ou sous-péritonéale). On peut le pousser aussi loin qu'on le veut, et ne laisser aucun cul-de-sac sans écoulement puisqu'on a reconnu complètement la poche. Le tube ne sera soumis à aucune cause d'étranglement, ni d'expulsion; la réplétion du rectum, insuffisante pour l'aplatir, aura plutôt tendance à le fixer contre le rebord de la brèche.

5^e Un autre avantage considérable de cette voie d'accès est de permettre des opérations complémentaires en même temps qu'on évacue le pus, telles, par exemple, que la fermeture des orifices vaginaux et rectaux des fistules élevées inabordables par tout autre procédé. Cette voie a été suivie dans ce but par Terrier, Heydenreich, Kammerer. Nous donnons leurs observations.

Elle permet aussi, quand il s'agit d'abcès froids pelviens de s'attaquer à la cause même de la suppuration, au point osseux. C'est le cas des abcès de la sacro-coxalgie qui se font très souvent en avant de l'articulation et qui proviennent beaucoup plus sou-

vent de la région péri-articulaire que de l'articulation elle-même. « En intervenant par la voie sacrée, dit Morestin, on n'aura pas toujours la guérison, mais on aura agi d'une manière logique ».

6°. Elle permettra d'agir heureusement sur les formes de phlegmons de la prostate sur lesquelles nous avons insisté. La prostate se trouvant juste en face du coccyx, nous n'avons qu'à recliner le rectum pour tomber sur elle. Il y a lieu de se demander si le malade de notre observation n° VII, traité par cette voie, n'eût pas, en raison de la facilité qu'eussent présentées la désinfection et le drainage de son abcès, échappé à la mort par rétention purulente.

Enfin la voie sacrée est la seule qui nous permette d'aborder les abcès pelviens prévertébraux. Routier a vu Schede suivre cette voie pour les aborder (*Soc. Chir.*, 1889). Jeannel a agi de même dans une semblable indication.

Le principal reproche qu'on puisse faire à l'intervention sacrée est celui de nécessiter de grands délabrements, d'être sanglante, compliquée, difficile et dangereuse.

Mais nous n'avons qu'à nous reporter au chapitre I pour être convaincu que les suppurations pelviennes ont souvent une gravité telle qu'on ne peut reculer, pour essayer de les guérir, devant une opération de grande chirurgie.

Et, d'ailleurs, nous verrons qu'on dispose d'un procédé d'intervention sacrée qui ne mérite aucun de ces reproches et qui est beaucoup plus simple et

plus facile que tous les procédés étudiés dans le chapitre précédent.

La voie sacrée est donc celle qui présente le plus d'avantages. Nous ne saurions prétendre, il est vrai, qu'on pourra toujours la suivre d'emblée. Le plus souvent ce sera au cours d'une intervention par une des voies précédemment étudiées qu'on s'apercevra qu'elle seule permet de drainer un prolongement pelvien profond. S'il s'agit d'une femme dont le Douglas est libre on pourra faire le drainage abdomino-vaginal. Mais si ce cul-de-sac est oblitéré et s'il s'agit d'un homme, une contre-ouverture sacrée devra être faite.

CHAPITRE IV

Critique des différents procédés sacrés.

Il nous reste maintenant à décrire les principaux procédés qui ont été proposés pour aborder les collections pelviennes par la voie sacrée et à rechercher le meilleur.

Nous commençons par le plus simple qui semble, au premier abord, très commode pour arriver sur les phlegmons de la gaine se présentant naturellement par la région ischio-sacrée. C'est le procédé décrit par Froelisch (*Mercredi Médical*, 13 mars 1895).

Il consiste, après avoir incisé la peau sur une ligne allant de l'épine iliaque postéro-inférieure de l'ischion, à désinsérer le grand fessier au milieu de ses insertions sacrées, à chercher, après avoir récliné ce muscle, le bord inférieur du pyramidal, à introduire le doigt dans le bassin en passant entre le pyramidal et le petit ligament sous-sciatique. On se fraye ensuite, avec le doigt, un chemin jusqu'au pus.

L'artère ischiatique est à environ 3 cm. du rebord sacré : aussi, devons-nous, pour l'éviter, introduire le doigt juste contre ce dernier. La fessière et le sciatique, sortant du bassin beaucoup plus en dehors, sont à l'abri de tout danger.

Ce procédé, si rationnel et si facile qu'il puisse sembler, doit présenter de grandes difficultés en pratique, en raison :

1° De la profondeur de la plaie qui sera considérable sur les sujets gras et gênera dans l'exploration digitale du bassin ;

2° De la difficulté de trouver les repères (pyramidal, petit ligament sacro-sciatique) quand la région sera le siège d'un gros œdème lardacé, comme cela se rencontre souvent autour des foyers suppurés. Le seul repère qui pourrait alors nous guider, l'épine sciatique, est trop éloigné pour être senti avec aussi peu de jour ;

3° Du danger que peut présenter la rencontre de l'ischiatique refoulée en dedans par le pus.

4° Nous perdons de plus le principal avantage des interventions sacrées, qui est de mettre bien en évidence le foyer suppuré.

5° Le drain sera comprimé contre le ligament par la tonicité du pyramidal.

Aussi ce procédé économique ne devra-t-il pas être suivi.

Saxtorph a pratiqué deux fois, dans un cas d'hématocèle retro-utérine et dans un cas de péri-métrosalpingite, une large ouverture para-sacrée en traversant les ligaments sacro-sciatiques et en prolon-

geant l'incision jusqu'au coccyx. Hégar a opéré de même pour des abcès pelviens intrapéritoneaux. Cette ligne de conduite, qui a donné des succès pour des foyers contenus dans le péritoine, permettra d'arriver facilement dans le tissu cellulaire situé en avant de l'échancrure sciatique (phlegmons de la gaine). Mais c'est là une opération sanglante, dangereuse, parce qu'elle nous fait inciser dans une région où nous risquons de rencontrer sous le bistouri des collatérales de l'ischiatique difficiles à lier dans cette plaie profonde. Enfin le sacrifice de ligaments qui jouent dans la statique, dans la marche et dans la solidité du bassin, un rôle considérable, peut entraîner de graves conséquences. Nous rejetons donc aussi cette méthode, malgré les brillants résultats d'Hégar et de Saxtorph, d'autant plus aisément que, nous le verrons, la région ischio-sacrée peut être abordée par le procédé beaucoup plus simple que nous donnerons en dernier lieu.

Différents procédés de résection définitive du sacrum ont été employés ou préconisés. Nous ne nous perdrons pas dans leur description qui est admirablement exposée dans la thèse de Morestin. Ces procédés ont le grand avantage de donner un très large accès dans la cavité pelvienne. Aussi les voit-on employés dans le cas où l'intervention sur la cavité purulente est particulièrement difficile et complexe, quand il s'agit, par exemple, de fermer des orifices fistuleux en même temps qu'on ouvre une poche purulente. Le procédé de Kraské a été suivi par Terrier et Heydenreich dans ce but particulier.

La poche s'est complètement fermée dans le cas de Terrier et la guérison de la malade était complète quand il se produisit, malheureusement, une nouvelle fistule. — Dans le cas d'Heydenreich un accident, au cours du traitement, empêcha seul le succès d'être parfait. Cette voie, ainsi que les deux chirurgiens le font remarquer dans leur communication à la Société de chirurgie, a permis d'arriver d'une façon relativement facile sur une lésion qu'on n'eût pu atteindre autrement en raison de la hauteur à laquelle elle siégeait. C'est encore un Kraské modifié que fit Wiedow pour arriver sur un foyer de pelvi-péritonite.

Mais ces procédés de résection définitive, en ne laissant intacte que la troisième paire sacrée, en enlevant le coccyx et une partie du sacrum, c'est-à-dire les points d'attache du releveur ano-coccygien, du sphincter anal, des ligaments sciatiques, troublent les fonctions du sphincter anal, compromettent la solidité du plancher pelvien, gênent la statique et la marche.

Ce sont là de graves inconvénients qui n'ont pas, il est vrai, été observés par tous les opérateurs, mais qui doivent faire douter de la valeur de l'opération.

Les reproches qui ont été faits aux résections définitives du sacrum ont engagé les chirurgiens à faire des résections temporaires. — Kammerer (*Médical Record*, 28 juillet 1894) a opéré de cette façon avec succès une fistule recto-vaginale avec poche intermédiaire. Il a suivi le procédé de Rydigier.

Ce dernier incise les parties molles depuis l'épine

iliaque postéro-inférieure jusqu'à l'extrémité du coccyx en suivant le bord gauche du sacrum et continue son incision sur la ligne médiane jusqu'à l'anus. Après division des ligaments sacro-sciatiques on détache les parties molles de l'extrémité antérieure du sacrum. On incise transversalement les téguments au-dessous du troisième trou sacré et on devise l'os au ciseau suivant la ligne d'incision cutanée. Le volet osseux ainsi formé est rabattu à droite, le bord droit du sacrum faisant pivot.

Ce procédé divisant les insertions des ligaments sciatiques, du releveur anal, du sphincter, est susceptible des objections faites aux méthodes précédentes.

Celle qu'a décrite Delbet et qui est une modification du procédé Lœvy, respecte toutes les insertions musculaires et ligamenteuses et présente, par conséquent, une grande supériorité sur les méthodes jusqu'alors décrites. Elle comporte de plus une résection transversale du sacrum et donne, par cela même beaucoup plus de jour. Delbet la décrit ainsi : « A 6 centim. de la pointe du coccyx, on fait une incision horizontale de 10 centim. De chaque extrémité de cette incision, on en fait partir une autre obliquement dirigée en bas et en dedans, qui vient se terminer entre l'anus et le coccyx, sans atteindre la ligne médiane. Elles n'intéressent pas le muscle fessier. Dans la partie moyenne de l'incision horizontale, on va jusqu'à l'os. De chaque côté on voit les fibres du fessier parallèles à l'incision. On passe entre les faisceaux pour arriver sur les

ligaments. On sectionne le ligament sacro-tubérotaire presque perpendiculairement à ses fibres et le sacro-épineux parallèlement. Ce dernier n'est donc pour ainsi dire pas affaibli. On a ainsi une large boutonnière transversale au travers de laquelle on introduit le doigt. Ce dernier glisse sur la face antérieure du sacrum décollant et réclinant de façon à libérer la face antérieure de l'os. Ceci fait, on sectionne le sacrum à la scie à chaîne ou à la pince coupante ». On rabat d'avant en arrière. On a ainsi une brèche qui peut atteindre 5 centim. verticalement, 8 à 10 centim. transversalement. Le pus évacué, on rabat le volet osseux, on suture et on fait passer le drain entre les parties ligamenteuses de la plaie.

Ce procédé donne assurément beaucoup de jour, mais il est sanglant, compliqué. Il résèque, suivant nous, une portion beaucoup trop considérable du sacrum. De plus, le drain, passant entre des ligaments inextensibles qui se resserreront du fait de la suture de la plaie, aura de grandes chances d'être aplati, comprimé. Enfin il restera, à peu près certainement, derrière le volet osseux une fois celui-ci appliqué, un cloaque dont le pus baignera la ligne d'affrontement osseuse et empêchera la soudure de se faire.

Nous arrivons maintenant à la description du procédé de choix, le procédé de Morestin, qui n'est autre, du reste, que celui de Kocher complété. Voici en quoi il consiste : (1)

(1) MORESTIN. — Thèse.

« Le sujet est couché sur le dos, les cuisses extrêmement fléchies sur le bassin, ce dernier soulevé par un coussin de façon à présenter au chirurgien assis la paroi pelvienne en pleine lumière.

Incision cutanée médiane depuis 1 cm. en arrière de l'anus jusqu'au delà des cornes sacrées. Entre l'anus et le coccyx, on coupe en deux moitiés l'attache coccygienne du sphincter externe, puis on sépare l'un de l'autre les deux releveurs. On fait passer par cette petite fente une sonde cannelée recourbée qui, en contournant la pointe du coccyx, raclera la face antérieure de cet os. Avec de forts ciseaux on coupe le coccyx en deux moitiés longitudinales. On peut encore, pour avoir plus de jour, couper la dernière sacrée mais ce n'est pas nécessaire. La cinquième sacrée coupée dans toute sa hauteur avec l'ostéotome, on imprime à l'instrument des mouvements de latéralité en prenant appui sur une des lèvres de la plaie osseuse pour détacher du reste du sacrum et luxer en dehors l'autre moitié. Appliquant alors l'ostéotome sur la base du fragment qui vient de servir de point d'appui on le sectionne. Sur chacune des lèvres de la plaie on fixe un solide écarteur; on fait de même pour l'angle inférieur de la plaie. On obtient ainsi une large ouverture pouvant atteindre 8 à 10 centim. dans les deux sens et qui met, par conséquent, à découvert tout le petit bassin et son contenu : le cul de sac péritonéal qui, nous le savons, descend presque jusqu'à la pointe du coccyx, le tissu cellulaire jusque dans sa partie ischio-sacrée, la prostate, qui est juste en face du

coccyx, les vésicules, uretères, etc. Nous avons, en un mot, tout les avantages que peut donner la méthode sacrée et qui ont été détaillés plus haut.

Le manuel opératoire est simple et facile : si on veut se contenter de la résection du coccyx, ce qui sera le plus souvent suffisant, nous pouvons faire toute l'opération avec un bistouri et une paire de forts ciseaux. Nous sommes loin de ces larges résections sanglantes qui ébranlent le squelette et effondrent la paroi pelvienne postérieure. C'est, par là même, une intervention bénigne. On coupe si peu d'os et on a une si faible épaisseur de parties molles à traverser avant d'atteindre ce dernier que l'hémorragie est insignifiante. Quand nous arriverons dans la cavité pelvienne, nous ne courrons aucun risque de rencontrer des troncs vasculaires importants comme dans la résection latérale ou dans les incisions para-sacrées. Si nous allons du côté de la région ischio-sacrée nous abordons cette dernière par sa partie inféro-interne où il n'y a pas de vaisseaux.

C'est encore ce procédé qui permet de faire le meilleur drainage. Le drain n'est soumis à aucune cause d'étranglement; il passe par la région la plus déclive du bassin, par le bas fond du cul-de-sac péritonéal. Au point de vue théorique, le point le plus déclive se trouve sur le bord droit du sacrum, au niveau du bord inférieur du pyramidal, le malade étant dans le décubitus dorsal. Le rectum fait, en effet, une courbe à convexité gauche en avant du sacrum et déborde de ce côté le bord de l'os.

Il en résulte que le côté gauche et la partie moyenne de la cuvette pelvienne se trouvent surélevés, que le côté droit reste en contre-bas. Ce sont même ces considérations anatomiques qui ont conduit Frœlisch à proposer l'opération dont nous avons parlé pour drainer par ce point d'élection le péritoine pelvien. Mais la chirurgie n'a pas besoin d'une précision géométrique : il nous suffit de constater que le drainage sera, ici, largement suffisant et qu'il ne pourra se former de clapiers.

Nous ne nous attarderons pas à démontrer que cette méthode est applicable à tous les cas de suppurations pelviennes, ayant commencé par faire remarquer qu'elle permet l'accès de toutes les parties qui peuvent donner du pus (os, péritoine, etc., etc).

Mais nous insistons sur ce fait, c'est que l'appareil musculaire et ligamenteux prenant insertion sur le coccyx et le sacrum reste complètement intact. Si, par exception et par suite d'un contact prolongé avec le pus, le coccyx venait à se nécroser, on pourrait sans inconvénient le réséquer définitivement en gardant le périoste. La continuité de l'appareil ligamenteux serait rétablie par du tissu fibreux et sa solidité n'en serait pas compromise.

C'est donc le procédé de Morestin qui présente le plus grand nombre d'avantages. Facile, innocent, essentiellement conservateur, il n'est susceptible d'aucun des reproches qui peuvent être faits aux autres procédés sacrés. Il possède, par contre, au plus haut degré l'avantage de ces derniers, c'est-à-

dire d'ouvrir une large voie dans la cavité pelvienne. C'est, selon nous, le procédé de choix. C'est lui que nous recommandons de suivre dans tous les cas, même quand il s'agit de faire, pour obéir aux nécessités du drainage, une contre-ouverture sacrée. Il peut sembler plus simple de suivre, dans ce cas, les indications de Frœlisch (*Mecredi Médical*, 13 mars 1895), de suivre, à travers le péritoïne le bord droit du sacrum et, une fois arrivé au niveau du petit ligament sacro-sciatique, de transfixer à travers la paroi un drain au moyen d'une pince de Wœelfler. Mais c'est là un procédé aveugle; nous pouvons embrocher une artère ou un nerf. L'opération de Morestin est infiniment plus sûre et n'est pas beaucoup plus compliquée.

CHAPITRE V

Indications particulières du Drainage sacré.

L'intervention sacrée, nous l'avons vu, nous permet d'aborder aisément les collections purulentes du péritoine et du tissu cellulaire pelvien. Ce n'est pas, cependant, une raison pour l'employer dans tous les cas indifféremment. Il va sans dire, par exemple, que, lorsqu'un foyer suppuré pelvien vient prendre directement contact avec le cul-de-sac postérieur sans qu'il y ait de fistules, de prolongements hors du bassin, on n'ira pas réséquer le coccyx.

La méthode du Professeur Laroyenne sera alors le procédé de choix.

Nous croyons pouvoir, en nous appuyant sur les considérations qui précèdent, résumer ainsi les principales indications de la méthode sacrée :

Chez la femme : *Suppurations aiguës* : Le procédé convient spécialement, en raison de leur localisa-

tion, aux phlegmons de la gaine hypogastrique avec ou sans prologement fessier.

En dehors de ces cas, nous n'osons accorder, une confiance bien grande à la méthode sacrée, comme procédé de recherche. Car, si elle permet de reconnaître très directement le petit bassin, elle ne nous donnera aucun renseignement sur ce qui se passe dans la cavité abdominale elle-même, tandis que les voies d'accès antérieures présentent cet avantage. Les deux voies sont donc appelées à se compléter l'une l'autre. Ce sera, le plus souvent, au cours d'une opération faite par le ventre qu'on aura l'occasion d'employer la méthode sacrée pour établir une contre-ouverture, quand le drainage abdomino-vaginal sera impossible.

Suppurations chroniques fistuleuses bien collectées. C'est la principale indication d'opération sacrée chez la femme. C'est, du reste, pour de semblables faits qu'elle a été le plus souvent suivie.

Chez l'homme, la méthode sacrée a une portée beaucoup plus générale. C'est elle qui permet d'agir de la façon la plus rationnelle contre toutes les suppurations du petit bassin situées au-dessus du releveur anal. Mais l'indication maîtresse est, ici, le drainage des foyers plongeant profondément entre le rectum et la vessie.

Malheureusement, il sera, le plus souvent, impossible de prévoir que la disposition des lésions se prête à une intervention sacrée. Et c'est là ce qui empêchera, le plus fréquemment, en fait, de suivre

d'emblée cette voie pour attaquer les collections purulentes du petit bassin.

Nous croyons, cependant, que ce diagnostic opératoire est très souvent possible. C'est ainsi que, dans nos observations III et IV, on put reconnaître que la collection s'était formée dans le cul-de-sac recto-vésical en raison de la prédominance dans la symptomatologie et dès le début de la maladie, des ténésmes et épreintes rectales avec propagations douloureuses du côté de la vessie. Le toucher rectal permit rapidement de vérifier le fait. Les mêmes symptômes existaient avec les mêmes lésions dans notre observation VI.

La présence de la névralgie sciatique aura, selon nous, une grande valeur pour le diagnostic précoce du phlegmon ischio-sacré.

Le bon sens clinique permettra donc souvent, par la discussion des symptômes et l'examen direct, au moyen du palper et du toucher, de reconnaître ces cas où il y a avantage à intervenir d'emblée par la voie sacrée. Nous ne pouvons ici fixer de règles, c'est au sens clinique de décider.

OBSERVATIONS

VOIE VAGINALE

OBSERVATION I

MUNDE. — *Am. J. of obst.* 1886, 126.

W. D..., 42 ans. Cellulite pelvienne, 15 mois auparavant. Abscès ouvert spontanément dans le vagin. Agrandissement de l'orifice vaginal. Grattage des parois à la curette mousse. Au bout de trois semaines injections de teinture d'iode dans l'abcès. Une semaine plus tard la température s'élève et il se fait un écoulement purulent profus par le vagin. L'abcès s'est reformé. Il reste une fistule vaginale.

OBSERVATION II

BAUMGARTNER, *Arch. f. Gynec.* XV, p. 268.

Abscès paramétritique double. Celui de droite ne peut être atteint par en bas. Laparotomie. Le sac contenu dans le ligament large est d'abord suturé à la paroi abdominale, puis ponctionné. Controuverture vaginale. Guérison en quatre semaines. L'abcès gauche est ouvert par le vagin ; il sort des gaz et du pus. Lavage. Drainage. Guérison en cinq semaines, puis récidive au bout de deux mois. Un an et demi après l'écoulement purulent persiste.

VOIE ABDOMINALE

OBSERVATION III

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le médecin-major SIEUR

J... B..., 2^e soldat à la 25^e sect. d'infirmiers, entre à l'hôpital Desgenettes pour une appendicite.

25 juil. 1895. — Malade très abattu. T. 37°5 à 38°.

Coliques violentes à point de départ dans le flanc droit avec irradiations dans tout l'abdomen, empêchant tout sommeil. Constipation. Les coliques donnent au malade des ténesmes. Il est allé plusieurs fois de suite à la chaise sans résultat. On constate, au niveau de la fosse iliaque droite et le long de l'arcade de Fallope, une légère saillie en forme de boudin très douloureuse à la palpation, complètement mate à la percussion. Rien à signaler dans le reste de l'abdomen.

En raison des épreintes on fait le toucher rectal. L'ampoule est vide ; on ne sent aucune tuméfaction dans le petit bassin.

25 juil. — Vomissements bilieux à 2 h. du matin. Constipation. Le toucher rectal réveille de la douleur sur la face antérieure du rectum. A 5 h. du soir, la temp. étant de 40°, on opère.

Incision parallèle à la moitié externe de l'arcade et se recourbant vers l'ombilic dans sa moitié supérieure. Le péritoine étant ouvert, on tombe sur des fausses membranes enveloppant l'épiploon et les anses intestinales ; le doigt, enfoncé profondément vers le petit bassin, décolle quelques anses, mais ne peut parvenir à trouver la collection purulente. Sans pousser plus loin les recherches de peur de rompre les adhérences, on met une mèche de gaze iodoformée et on ferme, en partie, la plaie. L'histoire du malade se terminant par une intervention trans-péritonéale, nous en donnons la fin avec les faits se rapportant à cette dernière).

OBSERVATION IV

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le médecin-major SIEUR.

Vinay, L., étudiant en droit, soldat à la 14^e section d'infirmiers militaires.

Entré d'urgence à l'hôpital Desgenettes en pleine crise appendiculaire.

11 octob. 1894. — État actuel. T. 39°. — Coliques violentes partant de la fosse iliaque droite. A l'examen de l'abdomen signes de péritonisme, Pas de tumeur dans la fosse iliaque droite. On a seulement, à ce niveau, une sensation de résistance. A partir de ce moment, l'état du malade va en s'améliorant. Le

24 il se lève et mange. Mais, brusquement, reviennent les douleurs et la température. Les douleurs siègent dans la fosse iliaque D. et surtout dans le bassin. Elles ont un caractère expulsif qu'elles ont, du reste, présenté dès le début de la maladie. Le malade est constamment sur la chaise sans résultat, L'ampoule rectale est, du reste, vide. Ventre tendu, ballonné, sonore.

Le toucher rectal montre que le doigt peut à peine pénétrer dans le rectum absolument aplati par une tumeur située entre sa face antérieure et la vessie, descendant jusqu'à 5 ou 6 centimètres de l'anus. Cette tuméfaction, très douloureuse, est nettement fluctuante et la fluctuation se transmet à la main appliquée sur la fosse iliaque.

Le diagnostic d'abcès appendiculaire pelvien étant posé, on intervient par une incision parallèle à l'arcade crurale droite, en se guidant sur la tuméfaction et la douleur observées quinze jours avant. On tombe sur des adhérences fibreuses très résistantes entourant le cœcum qu'on est obligé de disséquer pendant près d'une heure de façon à ne pas ouvrir l'intestin ou la grande cavité péritonéale. En se guidant sur le cœcum on arrive, à son extrémité inférieure, sur un cordon qu'on croit être l'appendice. En le suivant on pénètre dans une poche purulente contenant environ un litre et demi de pus. Deux gros tubes accouplés sont enfoncés jusqu'au fond de la poche. A partir de ce moment affaissement du ventre, disparition des épreintes rectales et du ténésme. Guérison complète en un mois.

VOIE TRANSPÉRITONEALE

OBSERVATIONS V.

(Inédite.)

(Suite de l'observation III.)

L'amélioration résultant de la première intervention est peu marquée. Il s'écoule un peu de pus le long de la gaze iodoformée qu'on remplace par deux drains ce qui rend l'écoulement plus abondant. T. 38° 39°. Au toucher rectal on sent toujours un refoulement très accusée de la paroi antérieure du rectum par

une tumeur liquide. La pression à ce niveau provoque une douleur qui se propage à la vessie, de telle sorte qu'il y a lieu de se demander s'il ne s'agit pas de la vessie bridée par des anses intestinales agglutinées et gênée dans son développement.

1^{er} août. — Le malade ne peut uriner; on est obligé de le sonder.

8 août. — Douleurs dans le bas ventre. Epreintes rectales et ténésme vésical. T, 39°, 5. La tumeur rectale a considérablement augmenté. Il est évident qu'il s'agit d'un abcès occupant le cul-de-sac recto-vésical.

9 août. — Opération. On pratique une incision médiane sus-pubienne remontant jusqu'à 2 cm. de l'ombilic. La vessie refoulée, en avant et en haut, s'arrête à peine à deux travers de doigt de ce dernier. Le cul-de-sac péritonéal ouvert, le doigt glisse assez facilement entre les anses et le dôme vésical et ouvre une poche renfermant environ deux litres de pus.

26 août. — On enlève le gros drain et on ne laisse qu'un tube du volume d'un crayon de 10 cm. de long.

Le malade part guéri fin septembre.

OBSERVATION VI.

(Quénu, in Delbet).

La nommée X..., 27 ans, couturière, malade depuis 18 mois, entre le 20 août 1888, à l'Hôpital Bichat pour un abcès pelvien ouvert dans le rectum. Depuis 15 jours les mictions sont un peu plus fréquentes (3 ou 4 par nuit) et la douleur qui les suit n'est pas rapportée au méat. C'est une douleur profonde que la malade compare à la sensation d'un poids tombant dans le fond de l'hypogastre.

Palper. — Tumeur occupant l'hypogastre qu'elle déborde un peu à gauche, notablement à droite où elle va jusque dans la fosse iliaque et remonte jusqu'à 2 travers de doigt de l'ombilic. Mate, arrondie, dure, sans fluctuation, très peu mobile. Elle se perd en bas dans l'excavation pelvienne.

Toucher. — Col en situation normale à peu près immobile. Dans le cul de sac postérieur tuméfaction dure qui se confond avec une induration dans le cul-de-sac latéral droit. Cette zone

indurée descend dans l'épaisseur de la partie droite de la cloison rectovaginale. A gauche le cul-de-sac latéral est en partie effacé par une tuméfaction dure qui se continue dans la direction du ligament large de ce côté.

Toucher rectal. — Sur la partie antéro-latérale droite du rectum tuméfaction repoussant la muqueuse filant vers les parois de l'excavation. Par le toucher combiné on sent nettement que la tuméfaction descend dans la cloison recto-vaginale décollée,

Opération. — Laparotomie. Le grand épiploon qui adhère au pubis est sectionné entre deux ligatures. On tombe sur une tuméfaction constituée par des anses intestinales adhérentes. En les écartant, pour pénétrer dans le petit bassin, on ouvre une série de loges constituées par des adhérences diverses entre l'intestin, les organes génitaux et les parois pelviennes. Ces loges sont remplies d'un liquide séro-sanguinolent. On arrive à libérer toute la moitié gauche de l'excavation; on trouve les annexes. En cherchant ces derniers à droite on déchire par hasard une poche pleine d'un liquide purulent qui s'étend très loin en bas sur la ligne médiane, presque jusqu'au périnée. Un gros drain, placé dans cette poche sort par l'angle inférieur de la plaie abdominale qui est suturée.

La malade finit par succomber à sa suppuration. A l'autopsie on constate qu'il s'agissait d'un phlegmon du ligament large.

VOIE PÉRINÉALE

OBSERVATION VII

(Inédite.)

(VERHOOGEN, de Bruxelles.)

L., 49ans. Vaste suppuration de la prostate. Au toucher rectal, en explorant cette dernière, on tombe sur une tumeur du volume d'une orange ne faisant guère saillie dans l'intestin mais s'étendant en haut au delà des limites que peut atteindre l'index et dont les dimensions peuvent être déterminées par le toucher bimanuel.

Opération 27 juillet 1895. Périnéotomie. La face postérieure de la prostate mise à nu on incise le parenchyme du lobe droit ;

il sort un flot de pus ; le doigt, introduit dans l'ouverture, pénètre dans une vaste cavité anfractueuse. Du côté gauche même incision, il sort quelques gouttes de pus.

L'état général reste mauvais. Par la plaie l'écoulement spontané du pus se fait mal ; on doit exprimer la glande par le rectum pour faire sortir ce dernier. Deux lavages par jour avec une sonde en gomme, suivis de pansement.

La fièvre prend un caractère d'hecticité. A partir du 16, énormes ascensions de température précédées de violents frissons. Le 19 on sent un empâtement de la fosse iliaque gauche au niveau de l'S iliaque. En introduisant un doigt dans le fond de la plaie, l'autre main appuyant dans la fosse iliaque, on délimite une tumeur du volume d'une orange qui vient presque presqu'au contact du doigt.

On procède à l'ouverture de cette poche en aggrandissant le fond de la plaie périnéale et allant par là avec le doigt à la recherche de la cavité purulente. On tombe d'abord sur une poche qui laisse écouler un jet de liquide séro-purulent, puis enfin nous arrivons dans la cavité qui s'étend jusque dans la fosse iliaque et d'où s'échappe un flot de pus. Drainage et pansement. Le malade se plaint, après l'opération, de douleurs abdominales intenses. T. 38°,5. Pouls filiforme, ventre ballonné, douloureux. Il ne se fait qu'un suintement purulent par la plaie. Le malade perd connaissance et meurt.

VOIE SACRÉE

OBSERVATION VIII

WIEDOW (*Berlin. Klin-Woch*, 1889, p. 203).

Th. R., 20 ans. — En mai dernier, 8 jours après les règles, douleurs très aiguës dans le côté droit du ventre avec irradiations à l'hypogastre. Abdomen ballonné. Constipation. Elle se rétablit en gardant des douleurs dans le côté droit. Nouvelle crise en juillet. Elle entre à la clinique de Fribourg.

A gauche, en arrière et en haut, au voisinage du détroit supérieur, tumeur allongée, molle et mobile. A droite, tumeur grosse comme une orange allant du bord utérin à la paroi pelvienne immobile et dure. En haut elle se continue avec une

tumeur située au-dessus de l'utérus, irrégulière, molle et mobile. T 40°. De temps en temps écoulement purulent par l'anus. On ne peut trouver d'orifice dans le rectum. Mais l'écoulement est insuffisant car la fièvre reste intense.

Opération. — Incision le long de la crête sacrée commençant à 2 cm. au-dessous de la ligne unissant les deux épines iliaques postérieures et inférieures et finissant sur la pointe du coccyx. Après avoir séparé des deux côtés le lambeau de l'os on coupe muscles et ligaments. Légère hémorrhagie par les artères musculaires. Les parties molles sont séparées de la pointe du coccyx et le rectum est décollé du sacrum. Ce dernier est sectionné obliquement suivant une ligne dont l'extrémité droite correspond à l'intervalle des troisième et quatrième trous sacrés, l'extrémité gauche à la corne du sacrum. L'os sectionné est réséqué. Le rectum, bourré de gaze, est récliné à gauche et les aponévroses prévertébrales sont fendues obliquement à droite et en haut. L'orientation présente quelques difficultés parce que le tissu sous-péritonéal était épaissi et infiltré et, en outre, parce que le Douglas était oblitéré par des adhérences. Toutefois, en refoulant la tumeur par la paroi abdominale, on peut atteindre et ouvrir l'abcès. Pus fluide. La cavité est considérable et, avec le doigt, on peut pénétrer du côté gauche et s'engager dans plusieurs diverticules. La poche a l'aspect d'une trompe distendue. Drainage de la cavité. Suture partielle de la plaie. L'amélioration se fait peu à peu.

OBSERVATION IX (1)

HÉGAR (*Deutsche Gesellschaft f. gyn.*, 1890, j. 235).

Abcès pelvien intra-péritoneal, ouvert par la voie ischio-sacrée avec résection du coccyx. Guérison.

OBSERVATIONS X et XI (1)

SAXTORPH (*Hospitals Tid.*, n° 51, 1890, - n° 4, 1891).

Périméthro-salpingite et hématocele retro-utérine ouvertes et drainées au moyen d'une large ouverture para-sacrée travers-

(1) Nous n'avons pu nous procurer cette observation ni faire traduire les deux suivantes publiées en danois.

sant les ligaments sacro-sciatiques et se prolongeant jusqu'au coccyx. Evacuation du pus très facile. 2 guérisons.

OBSERVATION XII

HEYDENREICH (*Huitième Cong. fr. de Chirurgie*, Lyon 1894).

Femme, 36 a. — Une collection purulente développée dans le Douglas avait été ouverte chirurgicalement par le vagin et s'était ouverte ensuite spontanément dans le rectum. Ecoulement par le vagin de la totalité des matières fécales mélangées de pus : l'orifice vaginal de la fistule siège au fond du cul-de-sac postérieur du vagin et un peu à droite. Etat général mauvais. On intervient par la voie sacrée.

Incision de Kraské à droite, parce que la fistule siégeait de ce côté. Après avoir enlevé le coccyx et la partie inférieure droite du sacrum on arrive sur le rectum qu'on sépare d'avec le vagin de bas en haut. Cette partie de l'opération fut des plus laborieuses : le rectum adhérait intimement au vagin. Enfin on arrive sur la fistule. Une ouverture plus large que le doigt s'ouvrait dans le rectum ; en avant d'elle se trouvait un foyer de suppuration dans lequel on cherche vainement l'orifice vaginal. On n'insiste pas vu, la durée de l'opération et la faiblesse de la malade. On suture l'ouverture rectale et on ferme partiellement la plaie extérieure en ayant soin de la laisser ouverte en face de la fistule après l'avoir bourrée profondément à ce niveau avec de la gaze iodoformée.

8 jours après l'opération, à la suite de l'administration d'un purgatif les matières fécales firent irruption en abondance par la plaie. Cet écoulement, toutefois, diminua peu à peu ; il était complètement supprimé 2 mois et demi après l'opération. Le vagin a cessé de livrer passage aux matières, mais il présente un écoulement de pus par l'ancien orifice de la fistule. On se propose de faire une opération complémentaire quand la malade quitte précipitamment l'hôpital.

OBSERVATION XIII

TERRIER, (*Bull. Soc. Chir.* t. XVIII, p. 459-1892).

Opération par la voie sacrée d'une fistule située très haut, derrière le col utérin, produite par une collection purulente ouverte dans le rectum et le vagin. On arrive par cette voie entre le rectum et le vagin et on met la fistule à nu : suture au niveau du rectum ; nettoyage de la cavité purulente, on néglige la perforation vaginale. — Guérison de la collection purulente, mais, au bout d'un mois, il se produit une nouvelle communication entre le rectum et le vagin.

OBSERVATION XIV

KAMMERER, (*Médical Record*, 28 juillet 1894).

A... B..., 20 ans. — Il y a 9 mois on fit une double salpingo-oophrectomie. Il reste une fistule fécale. Mauvais état général. La cicatrice abdominale est criblée de plusieurs orifices fistuleux d'où s'écoulent du pus et des matières fécales. Ces trajets conduisent à une cavité sous-cutanée qui, à son tour, communique vers la partie inférieure de l'incision primitive avec l'intestin par un long trajet fistuleux plongeant dans le petit bassin. Une sonde exploratrice, introduite dans le trajet, passe à gauche de l'utérus et du vagin, mais l'orifice de communication avec le rectum n'a pu être trouvé. Etant cependant convaincu de son existence et trouvant que, en raison de l'existence d'adhérences, il eût été téméraire d'intervenir par une incision antérieure, l'auteur se décide à aborder l'orifice intestinal par la voie sacrée. L'extrémité d'une sonde, introduite dans la fistule, est sortie très haut en avant du rectum. On essaye d'atteindre ce point en disséquant du côté gauche du rectum. Avec de grandes difficultés on tombe finalement dans une petite cavité grosse comme une noix au-dessus du replis de Douglas. Là on tombe sur le bout de la sonde, on ne peut, en raison de la hauteur,

trouver l'orifice intestinal. On pousse un tampon dans la cavité, dans l'espoir qu'elle se bouchera plus facilement par granulation. L'incision ne fut pas suturée dans ce but. Pas d'écoulement stercoral par l'un ou l'autre orifice de la fistule ils persistent, mais sont fermés.

OBSERVATION XV.

JEANNEL, (*in Thèse Tornu*, Bordeaux 1893).

Homme 45 ans, porteur d'une vieille fistule périnéale en pomme d'arrosoir, dont une branche pénétrait profondément en avant du sacrum opéré déjà trois fois.

On intervient une quatrième fois. Pour mobiliser le sacrum et permettre l'accolement des parois du cul-de-sac ante-sacré, on pratique l'ostéotomie transversale du sacrum au niveau des quatrièmes trous sacrés, puis l'ostéotomie médiane.

Tout le foyer purulent ante-sacré fut ainsi mis à découvert. Les parois en furent excisés tout à l'aise. Je ne fis point de réunion, bourrant la cavité avec de la gaze iodoformée. La plaie bourgeonna et la réunion se fit facilement et complètement. Malheureusement un autre trajet fistuleux pénétrait à travers le releveur anal dans l'espace pelvi-rectal supérieur, si bien que la guérison du malade n'était pas encore entièrement obtenue. La solidité du sacrum était parfaite.

CONCLUSIONS

1. — Les foyers de suppuration chronique du petit bassin, quelle que soit leur cause, en raison de leur irrégularité, leur multiplicité, leurs prolongements, en raison surtout de leur ouverture fréquente dans le rectum et le vagin et des fusées qu'ils envoient hors du bassin présentent une haute gravité. Pour les aborder, les vider, les drainer complètement on doit employer un procédé qui, donnant beaucoup de jour, nous permette d'arriver directement sur eux et de placer le drain au point le plus déclive.

2. — Les méthodes abdominale, trans-péritonéale, périnéale vaginale, ne réalisent pas ces différentes conditions.

3. — La méthode sacrée présente seule tous ces avantages réunis.

4. — Le procédé de Morestin en raison de sa facilité, son innocuité est le procédé sacré de choix. Il est plus facile et moins dangereux que les différents procédés abdominaux, périnéaux, etc.

5. — Le procédé sacré de Morestin, excellent dans tous les cas d'abcès pelvien, sera spécialement indiqué.

Chez la femme :

A. — Dans les suppurations aiguës de la gaine

hypogastrique et quand il existe un prolongement plongeant profondément dans le petit bassin entre le rectum et l'utérus, le cul-de-sac recto-vaginal n'étant pas libre.

B. — Dans les suppurations chroniques fistuleuses. C'est là l'indication principale chez la femme:

Chez l'homme, c'est le meilleur procédé pour aborder et drainer toutes les collections situées au-dessus du releveur anal. C'est à lui, surtout qu'on devra avoir recours pour drainer d'une façon efficace le cul-de-sac recto-vésical.

6. — Nous croyons qu'en clinique l'analyse des symptômes et l'exploration par le toucher et le palper nous permettront, le plus souvent, de reconnaître les cas justiciables de l'intervention sacrée. C'est ainsi que les ténésmes et épreintes rectales et vésicales semblent, d'après nos observations, avoir une réelle valeur diagnostique dans les suppurations du cul-de-sac ante-rectal.

POUR LE DOYEN :

L'Assesseur,

LÉPINE.

VU : BON A IMPRIMER,

Le Président de Thèse,

M. POLLOSSON.

PERMIS D'IMPRIMER :

Pour le Recteur et par Délégation,

Le Doyen de la Faculté des Sciences,

J. RAULIN.

BIBLIOGRAPHIE

1^o Thèses.

- AUBERT. — Paris 1890. — Mosès. Paris 1891-92.
TORNÜ. — Bordeaux 1892-93. — Morestin, 1893-94.

2^o Revues et Publications diverses.

- DELBET. — *Traité des suppurations pelviennes chez la femme.*
HEYDENREICH. — *Congrès français de chirurgie*, Lyon 1890.
Annales de gynécologie 1894, p. 341.
HÉGAR. — *Deutsche Gesellsch f. Gyn.* 1890, p. 235.
PONCET et JABOULAY. — *Revue de Chirurgie*, 1892.
POZZI. — *Bull. Soc. Chir.*, t. XII. 1885, p. 294.
ROUTIER. — *Bull. Soc. Chir.*, 1889.
RYDIGIER. — *Centr. f. Chir.* n^o 1, 1893.
SANGER. — *Centr.f. Gyn.* 1889, n^o 31, p. 542;
SAXTORPH. — *Hospitals Tidende*, n^o 51, 1890. n^o 4. 1891.
TESTUT, — *Anatomie.*
QUÉNU et HARTMANN — *Chirurgie du rectum.*
VALLAS. — *Province médicale*, 1891.

